Aus der Medizinischen Poliklinik der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.
(Leiter: Professor Dr. Bittorf)

Ein durch Spontanexpektoration geheilter Fall von Lungenechinococcus.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Friedrich Schauer,
approb. Arzt
in Frankfurt a/O., Lutherstift.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Bittorf.

Der Echinococcus, die cystische Finne des Hundebandwurmes, scheint schon von Hippokrates beobachtet worden zu sein. Rivierus und Wolckerus berichten sogar über operierte Fälle, ohne daß sie jedoch von Wesen und Ursprung dieser Erkrankung eine Vorstellung hatten. Erst im Jahre 1760 ist von Pallas der Weg zur genauen experimentellen Erforschung der Genese geebnet worden, indem er in den Hydatiden Tiere, die er zu den Blasenwürmern rechnete, erkannte. Daß die im menschlichen Körper vorkommenden Echinococcusblasen der Finnenzustand des Hundebandwurmes sind, wurde aber erst 1853 von v. Siebold in Breslau und Küchenmeister in Zittau erwiesen, die von Rindern stammende Echinococcusblasen an Hunde verfütterten und so bei diesen den Hundebandwurm, die Taenia chinococcus, erzogen.

Die Echinococcuscysten finden sich im menschlichen Körper nach Klose in 50,8 % der Fälle in der Leber, in der Lunge dagegen nur in 9,7%. In der Lunge können sie nun entweder expektoriert werden, indem sie einen Bronchus perforieren, oder aber durch Operation entfernt werden. In der mir zugänglichen Literatur fand ich, daß von 227 Fällen, bei denen der nachher zu beschreibende Fall einbegriffen ist und deren Schicksal bekannt ist, 103 = 45,5 % konservativ und
124 = 54,6 % operativ behandelt worden sind.

Von den 103 konservativ behandelten Fällen wurden
79 = 76,7 % geheilt,
21 = 20,3 % starben,
3 = 2,9 % wurden nicht gebessert.

Von den 124 operierten Kranken wurden
98 = 80 % geheilt,
26 = 21 % starben.

Diese Resultate stimmen ungefähr mit denen Beckers überein, der bei konservativer Therapie eine Mortalität von 25 %, bei operativer eine solche von 30 % berechnete.

Unser Fall wurde durch Spontanexpektoration völlig geheilt. Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Patient, ein 29jähriger Mann, hat als Kind 3mal Lungenentzündung gehabt. Später außer einer Masernerkrankung immer gesund gewesen. Im Februar 1915 wurde er Soldat und hatte öfter, namentlich beim Tornistertragen, über Atemnot und Angstzustände zu klagen gehabt. Bald nach seiner im Dezember 1918 erfolgten Entlassung aus dem Heeresdienst habe er sich krank

und elend gefühlt, sei aber immer seiner Arbeit nachgegangen. Seit Neujahr 1919/20 sei er mit kurzen Unterbrechungen dauernd krank, habe Schmerzen in der rechten Brustseite, reichlichen Auswurf, gelegentlich sei letzterer blutig, ein Zustand, der aber bald wieder vorübergehe.

Am 22. Juli 1920 suchte er die Klinik auf, wo folgender Befund erhoben wurde:

Schwächlicher Mann von blasser Gesichtsfarbe und geringem Fettpolster. Er ist fieberfrei, etwas cyanotisch und dyspnoisch.

Herz ohne krankhaften Befund.

Nervenstatus regelrecht.

Leib weich, nirgends druckempfindlich.

Brustkorb mittelbreit, tief, schleppt beim Atmen rechts vorn oben etwas nach, ohne eingesunken zu sein. Lungengrenzen regelrecht und gut verschieblich.

Klopfschall rechts vorn von der Klavikula an abwärts bis etwa zur Höhe der 4. Rippe gedämpft. Rechte Spitze gedämpft tympanitisch. Rechts hinten oben abgeschwächter Klopfschall, sonst überall lauter Schall.

Atemgeräusch überall bläschenförmig, nur rechts vorn oben im Bereiche der Dämpfung abgeschwächt, daneben reichlich feuchte, kleinblasige, klingende und nicht klingende Rasselgeräusche. Über der Spitze rechts vorn und hinten oben bis zur Scapulamitte etwas weniger abgeschwächtes Atmen und etwas weniger Rasselgeräusche. Auswurf fehlte.

Die Durchleuchtung ergab eine Verschattung im Bereich des rechten Oberlappens. Unterhalb der Spitze, welche frei, aber weniger lufthaltig war, sah man einen besonders nach unten scharf begrenzten Schatten vom Hilus bis zur Mitte der Brustwand, der nach unten konvex gebogen verlief. Sonst war an der Lunge kein krankhafter Befund zu erheben. Es wurde eine Photographie hergestellt. Vor ihrer Fertigstellung aber wurde, in der Annahme, daß hier ein intralobäres Exsudat vorliege, eine Probepunktion vorgenommen, und zwar in der rechten mittleren Axillarlinie im 3. Interkostalraum. Diese ergab eine wasserklare, dünne Flüssigkeit, in der sich kein Eiweiß, dagegen sehr reichlich Na Cl fand — mikroskopisch wurde nichts gefunden — und die sofort als Echinococcuscysteninhalt erkannt wurde.

Das inzwischen fertiggestellte Röntgenbild zeigte, wie auch die Durchleuchtung, eine nach unten konvex verlaufende und scharf begrenzte intensive Schattenbildung in Höhe der 3. bis 6. Rippe. Die rechte Lungenspitze war nicht verschattet. Patient wurde für den nächsten Tag zur Aufnahme in die Klinik bestellt, erschien aber nicht, sondern stellte sich erst am 29. Juli wieder vor und machte folgende Angaben: Am Morgen nach seinem

ersten Erscheinen in der Klinik, also am 23. Juli, habe er plötzlich beim Kaffeetrinken eine große Menge angeblich bitter schmeckender Flüssigkeit ausgehustet bezw. erbrochen, die mit Blut und Eiter vermischt gewesen sei. Angeblich seien es „3/4 Eimer“ voll gewesen. Seitdem fühle er sich wieder wohler.

Der am 29. Juli erhobene Befund war folgender: Allgemeinzustand wesentlich besser, Patient fühlt sich wohler. Frischere Gesichtsfarbe. Klopfschall überall laut, im Bereich der früheren Dämpfung mit tympanitischem Beiklang. Keine Kavernensymptome. Auskultatorisch überall lautes Atmen.

Das Röntgenbild zeigt an Stelle der früheren Verschattung eine etwa gänseeigroße Höhle, die scharf begrenzt und von Verdichtungsherden, wahrscheinlich pneumonischen Infiltraten, umgeben ist. Das Blutbild weist bei etwas herabgesetztem Leukocytengehalt 3 % eosinophile Zellen auf.

Bei einer späteren Vorstellung am 11. August gab Patient an, er habe am 6. August, morgens, eine Haut ausgehustet, nachdem er vorher einen starken und längere Zeit anhaltenden Hustenanfall gehabt habe. Es habe, wie er sagt, vor dem Aushusten wie ein Band in der Brust gezogen. Nach einigen Tagen habe er wieder einige Stückchen ausgeworfen.

Der physikalische Befund an diesem Tage war ein normaler Klopfschall über den Lungen, der rechts vorn oben über dem Bezirk der früheren Dämpfung nur noch einen geringen tympanitischen Beiklang hatte. Das Atemgeräusch über diesem Abschnitt war etwas verschärft, über der übrigen Lunge rein vesikulär. In dem serös-eitrigem Sputum wurden einige eosinophile Zellen, aber keine Tuberkelbazillen gefunden.

Der weitere Verlauf ist ein sehr günstiger gewesen. Patient wurde im Oktober von seiner Krankenkasse in ein Genesungsheim geschickt, wo er 6 Wochen blieb. Auf meine Anfrage teilte mir der Chefarzt mit, daß das Allgemeinbefinden des Patienten gut sei. Rechts oben in Höhe der 4. Rippe sei eine etwa dreimarkstückgroße leichte Dämpfung festzustellen, über der das Atmungsgeräusch rauh sei. Röntgenologisch zwischen 2. bis 4. Rippe eine fünfmarkstückgroße, scharf umrandete, kreisrunde Höhlenbildung, in der ein Wasserspiegel nicht festzustellen sei.

Jetzt, nach ½ Jahre, teilt mir der Patient mit, daß er sich vollkommen wohl fühle und „wieder gesund“ sei, weswegen ihm auch die Rente gekürzt worden sei. Er schreibt, daß nach seiner Meinung mit dem Aushusten der Würmer die Krankheit schon überstanden war und er auch ohne die Behandlung im Genesungsheim, die in Bädern und Liegekuren bestanden habe, gesund geworden wäre. Er glaubt, daß er nur durch kräftiges Essen und gute Pflege, die ihm seine Angehörigen haben angedeihen lassen, die Krankheit überstanden habe.